

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

17

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre CHAMPION

Né le 26 novembre 1936, à Chatou (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

196

A propos de six observations
de métastases de tumeurs malignes
aux os maxillaires

Président : M. DECHAUME, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552208_0029

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : CHAMPION

Prénom : PIERRE

Date de soutenance

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

CHAMPION (PIERRE). —
A propos de six observations
de métastases de tumeurs ma-
lignes aux os maxillaires. —
Paris Imp. R. Foulon et Cie,
1964, in-8°, 50 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

CHAMPION (PIERRE). —
A propos de six observations
de métastases de tumeurs ma-
lignes aux os maxillaires. —
Paris Imp. R. Foulon et Cie,
1964, in-8°, 50 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

CHAMPION (PIERRE). —
A propos de six observations
de métastases de tumeurs ma-
lignes aux os maxillaires. —
Paris Imp. R. Foulon et Cie,
1964, in-8°, 50 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

CHAMPION (PIERRE). —
A propos de six observations
de métastases de tumeurs ma-
lignes aux os maxillaires. —
Paris Imp. R. Foulon et Cie,
1964, in-8°, 50 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris,
1964, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre CHAMPION

Né le 26 novembre 1936, à Chatou (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le

196

**A propos de six observations
de métastases de tumeurs malignes
aux os maxillaires**

Président : M. DECHAUME, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN : Léon BINET. *Membre de l'Institut*

1^{er} ASSESSEUR : Gaston CORDIER — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE



I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	DEROBT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DOURNO (A.)
Radiologie médicale	DEGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DEGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pathologie chirurgicale	
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales :	
<i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) — <i>Cochin</i> : LÉGER (L.), ABOULKER (P.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) — <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) —	
<i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) — <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopéd. et traumat. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART D'ALLAINES (F. DE)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales :	
<i>Boucicaut</i> : MILLIEZ (P.) — <i>Broussais</i> : LENÈGRE (J.) — <i>Cochin</i> : JUSTIN-BESANÇON (L.), BROUET (G.) — <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.) — <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE) —	
<i>Pitié</i> : DREYFUS (G.) — <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.).	
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. DE)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales :	
<i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.) — <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).	
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Médecine	BOUR (H.), LHERMITTE (F.), PEQUIGNOT (H.)
--------------------	--

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :

MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.);
GILLOT (C.); OLIVIER (G.), *pr. s. ch.*

Anatomie pathologique :

Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.), *pr. s. ch.*; MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), *m. conf.*; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).

Anesthésiologie :

MM. KERN (E.); VOUREH (G.).

Bactériologie :

MM. BARBIER (P.), *pr. s. ch.*; CHRISTOL (D.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).

Biochimie médicale :

MM. BAULIEU (Et.), *m. conf.*; BOURILLON (R.); CARTIER (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); KRUH (J.); JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie :

MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie :

MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie :

M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie :

MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).

Histologie :

MM. COUJARD (R.), *pr. s. ch.*; MAROIS (M.); RACADOT (J.).

Hydrologie :

MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).

Hygiène :

MM. BOYER (J.), *pr. s. ch.*; BLANCHER (G.); Mme CORRE-HURST (L.); SAPIN-JALOUISTRE (H.).

Maladies infectieuses :

MM. BASTIN (R.), *pr. s. ch.*; DUPONT (V.).

Médecine légale :

MM. FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).

Neurologie : M. LAPRESLE (J.).

Obstétrique :

MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LEVY (J.); MORIN (P.); MUSSET (R.); ROBÉY (M.); SENÈZE (J.); SUREAU (C.); THOYER-ROZAT (J.).

Ophthalmologie :

MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).

Orthopédie :

MM. JUDET (R.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).

Oto-rhino-Laryngologie :

MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.).

Parasitologie :

MM. GOLVAN (Y.); LAPIERRE (J.).

Pathologie chirurgicale :

MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DUBOST (Ch.); DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); ROBERT (H.); THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale :

MM. BENHAMOU (J.-P.); BERTHAUX (P.); BOIVIN (P.); CROSNIER (J.); HARTMANN (L.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); RICHTER (G.).

Pathologie médicale :

MM. AUSSANNAIRE (M.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRICAIRE (H.); BRISSAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAROCHE (Cl.); LESOBRE (R.); LÉVÊQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NICK (J.); ROYER (P.); TOURNEUR (R.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture :

MM. LAFOURCADE (J.); LEPERCO (G.); MANDE (R.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.).

Pharmacologie :

MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie :

MM. BARRES (G.); DEJOURS (P.),
pr. s. ch.; DURAND (J.); GIRARD *m.*
conf.; HUGELIN (A.); SCHERRER (J.).

Physique médicale :

MM. CHANTEUR (J.); GOUGEROT (L.),
m. conf., *pr. s. ch.*; GREMY (F.), *m.*
conf.; MILHAUD (G.); PELLERIN (P.);
ROUCAYROL (J.-Cl.); TUBIANA (M.),
m. conf.

Pneumo-phthisiologie :

MM. KREIS (B.); MEYER (A.);
RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :

MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.);
FLAVIGNY (H.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

pr. s. ch.

Stomatologie :

MM. CERNEA (P.); M^{me} CHAPIUT
(A.), *m. c. agr.*; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :

MM. CHASSAGNE (P.); MARCHE (J.).

Urologie :

MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.);
QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

À TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :

MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.);
THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :

MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :

MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique pédiatrique et puériculture :

M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARIK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie M. HAUDUIROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté M. LENA (J.)

Secrétaire principal M^{lle} CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque.

Conservateur du Musée d'Histoire de la
Médecine

Conservateurs

Bibliothécaire

M. le Docteur HAHN (A.)

M^{lles} DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.),
QUIÉVREUX (E.)

M^{mes} CONTET (J.), FORGET (F.).

M^{lle} LAURENT (H.)

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA MÈRE

A MON PÈRE

*Leur dévouement et leur affection m'ont
seuls permis d'en arriver à ce stade de mes
études.*

*Je leur exprime ici toute ma reconnais-
sance.*

A MA FIANCÉE

*Je lui dédie cette thèse en gage de senti-
ments profonds.*

A MES SŒURS

*Leur affection est irremplaçable. J'espère
en être digne*

AU DOCTEUR DENISE CUCUMEL

*Son amitié, son expérience, son courage
m'ont été une aide et un exemple.*

AU DOCTEUR GÉRALD LORD
Chirurgien des Hôpitaux

AU DOCTEUR BERNADETTE LORD

Ils m'honorent de leur amitié.

A MES AMIS D'EXTERNAT
ET DE L'INSTITUT DE STOMATOLOGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR C. BORNET
MONSIEUR LE DOCTEUR C. DAIEFF
MONSIEUR LE DOCTEUR J. FLEURY
MONSIEUR LE DOCTEUR J.-P. HARPEY
MONSIEUR LE DOCTEUR M. MANICACCI
MONSIEUR LE DOCTEUR J. SAUVAGET
MONSIEUR LE DOCTEUR B. SIX

Leur amitié fidèle m'est précieuse.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL DECHAUME

Professeur de Clinique Stomatologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse.*

*Qui nous a accueilli avec bienveillance et
nous a fait profiter de son expérience à
l'Institut de Stomatologie et pour cette
thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. CERNÉA

*Qui a bien voulu nous confier ses
observations.*

A MES MAITRES EN STOMATOLOGIE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT FLEURY

Stomatologiste des Hôpitaux
Maître de Conférence Agrégé

*Le temps passé dans son Service m'a
apporté l'expérience et la confiance dans la
pratique de la stomatologie.*

*Il m'a inspiré cette thèse et guidé dans
ce travail.*

MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE HÉNAULT

Stomatologiste des Hôpitaux

*Il a guidé mes premiers pas dans la cli-
nique stomatologique.*

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN CAUHEPÉ

Stomatologiste des Hôpitaux
Maître de Conférence Agrégé

*Qui a su me faire comprendre et aimer la
stomatologie des enfants et l'orthodontie.*

MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE BUREAU

Stomatologiste des Hôpitaux

*Son exemple, ses claires connaissances
sont pour moi un guide sûr.*

A MES MAITRES D'EXTERNAT
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROBERT JUDET
Chirurgien des Hôpitaux

Il a été mon premier maître. Les connaissances qu'il m'a inculquées me guident chaque jour.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUY TARDIEU
Médecin des Hôpitaux

Sa sollicitude, sa sympathie me sont précieuses.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCEL AUSSANNAIRE
Médecin des Hôpitaux

Il m'a enseigné la pédiatrie.

MONSIEUR LE DOCTEUR ISRAEL ASSELAIN
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR GROSSIORD
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LAMBLING
Médecin des Hôpitaux

Introduction

Les observations de métastases aux os maxillaires sont assez rares pour mériter la publication des cas que l'on peut relever dans la pratique hospitalière et la revue de temps à autre de ceux publiés dans la littérature.

Nous avons eu la grande chance de recueillir chez Monsieur le Professeur DECHAUME, 3 observations inédites et de pouvoir profiter de 3 observations publiées à la Société de Stomatologie, celle de Monsieur le Professeur FLEURY et celles de Monsieur le Professeur CERNÉA. Elles s'étalent sur une période de quatre ans. Leur intérêt réside dans la diversité des âges, de deux ans et demi à soixante-cinq ans ; dans les circonstances de découverte : métastase révélatrice souvent ; dans les étiologies qui vont du cancer du sein à une étiologie inconnue en passant par un cancer du poumon, un cancer du rein, un très exceptionnel hépatome, enfin un angio-réticulo-sarcome.

Si ces cas sont assez rares pour mériter qu'on s'y arrête, il semble pourtant :

1° Que les traitements actuels prolongeant la survie des sujets atteints de tumeurs malignes permettent l'observation de métastases exceptionnelles autrefois, et les métastases maxillaires en sont ;

2° Que de nombreux sujets présentant un état de cachexie cancéreuse ne font pas l'objet d'une enquête complète, squelettique en particulier, que les autopsies, si elles étaient faites systématiquement, devraient révéler dans un nombre non négligeable de cas des métastases inapparentes cliniquement et parfois même radiologiquement.

Ainsi la survie permet aux métastases d'apparaître et d'un autre côté celles-ci ne sont pas toujours relevées, et l'on manque de cas traités en série pour pouvoir établir une thérapeutique réglée.

* *

Cette thèse comprendra :

- Les observations dont nous avons parlé plus haut.
- Une revue de la littérature avec un tableau récapitulatif.
- Une étude clinique et thérapeutique des métastases des tumeurs malignes aux maxillaires.

Observations *

OBSERVATION N° 1

Le 12 mai 1960, M. L..., adressé par le Service du Docteur FOUQUET, consulte pour une tuméfaction vestibulaire supérieure siégeant dans la région de D₁ (paramédiane droite), découverte par ulcération sous la prothèse, chez le malade qui est édenté complet haut et bas.

La tuméfaction a le volume d'une petite cerise, légèrement ulcérée par la prothèse, d'aspect bleuté, de consistance fluctuante, avec une douleur modérée à la pression, une douleur spontanée dans la région alvéolaire et avoisinante ; pas d'adénopathie loco-régionale.

• ANTÉCÉDENTS :

— 1954 : tuberculose pulmonaire découverte par un examen systématique, tuberculose apicale bilatérale avec expectoration de bacilles. Guérison après traitement : rimifon, P.A.S., streptomycine.

— Janvier 1960 : rechute apparente de la tuberculose avec une opacité hilairale et sous-hilaire droite. Un mois de thérapeutique antituberculeuse n'est pas suivi de résultat. Hospitalisé à la Salpêtrière, il continue le même traitement sans résultat ; baisse importante de l'état général, recherche de bacille négative.

— Le 22 mars 1960, bronchoscopie : l'orifice lobaire supérieur droit est abaissé, l'orifice lobaire intermédiaire est rétréci, il existe une sténose presque totale au-dessous ; biopsie en cours de bronchoscopie, frottis riche constitué par de très nombreuses hématies, cellules bronchiques diverses polyédriques, nombreuses cellules atypiques groupées en amas réduites à leur noyau myélo, type BC, qui sont en faveur d'un épithélioma à petites cellules ou métastatique.

— Le 30 avril 1960 : hémorragie intestinale avec douleurs abdominales et ballonnement.

Numération globulaire - formule sanguine : hématies : 3.080.000 ; hémoglobine : 60 % ; leucocytes : 13.000, dont neutro. : 88 ; baso. : 0 ; éosino. : 0 ; lymphocytes : 9 ; monocytes : 3.

(*) Observations n°s 1, 2 et 3 : Service de M. le Professeur DECHAUME. — Observation n° 4 : Service de M. le Professeur FLEURY. — Observations n°s 5 et 6 : Service de M. le Professeur CERNÉA.

— Le 12 mai 1960 : ablation de la tumeur par M. le Professeur DECHAUME et anatomie pathologique : sous anesthésie locale, incision vestibulaire qui permet de découvrir, faisant saillie à travers une brèche osseuse du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, une masse violacée du volume d'une petite cerise, clivage très facile à la fois d'avec les parties molles et d'avec l'os, sauf une petite zone d'adhérence dans la région de la fossette palatine, les parois osseuses sont assez consistantes mais poreuses, l'aspect de la tumeur fait penser à une tumeur à myéloplaxes. Suites opératoires normales.

Le film rétro-alvéolaire (fait lors de la consultation) montre une image radio claire du rebord alvéolaire dans la région para-médiane droite, s'étendant du rebord vestibulaire à la région de la fossette palatine et de D_1 à D_2 .

● COMPTE RENDU HISTOLOGIQUE :

Lacune osseuse du maxillaire supérieur : cette pièce opératoire est constituée par une formation nodulaire lobulée, par d'épaisses cloisons fibreuses dont certaines présentent une métaplasie osseuse. La lésion est une prolifération tumorale maligne, épithélioma épidermoïde indifférencié anaplasique riche en mitoses et atypies nucléaires dont la structure évoque un épithélioma bronchique anaplasique ; il s'agit donc ici d'une métastase dont les limites sont assez imprécises, surtout du côté vestibulaire où le néoplasme vient au contact des fibres musculaires.

OBSERVATION N° 2

Le 8 février 1961, Mme F... consulte pour une odontalgie siégeant sur g_3 . Douleur lancinante, continue, augmentée par la mastication ; d'autre part, la malade signale une paresthésie labio-mentonnaire droite apparue il y a un an environ.

● ANTÉCÉDENTS :

Malade opérée il y a quatre ans d'un cancer du sein droit (Halstedt), présentant des métastases multiples : pulmonaires, pleuro-pulmonaires, osseuses, intéressant l'os iliaque, le crâne, le sternum. Sur les radios présentées, il ne semble pas y avoir de métastases rachidiennes ; une lymphangite du bras droit. A signaler une paralysie faciale gauche de type périphérique, en 1960, suivie à l'Hôpital Cochin, ayant régressé en trois jours, secondaire peut-être à un zona (vésicules sur le tympan). Asthme depuis trente ans. Colique néphrétique avec hématurie, il y a un an, sans lendemain. Un diabète a été découvert, il y a un mois.

● EXAMEN EXO-BUCCAL :

Pas d'anesthésie mentonnaire, pas d'adénopathies, pas de trismus.

● EXAMEN ENDO-BUCCAL :

g_3 douloureuse à la percussion axiale ; ne réagit pas aux agents thermiques. g_4 , g_5 , d_3 mortifiées. Le vestibule en regard de g_3 est sensible à la palpation, mais non tuméfié.

• RADIOS :

— g_3 : image radio claire apicale bien limitée, aux bords cependant grignotés.
— d_5, d_3 : présentent la même image, mais dans l'intervalle le rebord alvéolaire présente une image radio claire irrégulière.

— Maxillaire défilé (8 février 1961) droit : zone radio claire (d_5, d_3) sur toute la hauteur de la branche horizontale au-dessus du rebord basilaire.

— Maxillaire défilé gauche : image radio claire à l'aplomb de g_4 , un peu au-dessus du canal dentaire.

Extraction de g_3, g_4 sous anesthésie et antibiotiques.

— Le 15 février 1961 : biopsie du maxillaire inférieur au niveau de d_3 et extraction de d_5 .

— Le 22 février 1961 : biopsie du côté gauche.

• ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

— *Côté droit* : les prélèvements intéressent, au sein de lamelles osseuses en grande partie détruites, une prolifération épithéliale maligne formée de petits groupes cellulaires ayant tendance à différencier des tubes glandulaires ou formant des masses plus compactes au sein d'un stroma fibreux et hyalin. Il s'agit ici d'un épithélioma glandulaire dont la localisation permet de penser qu'il s'agit d'une métastase probablement d'origine mammaire.

— *Côté gauche* : sur l'un des fragments examinés, existe une prolifération épithéliale maligne : épithélioma épidermoïde différencié, mature, à globes cornés kératosiques, à structure lobulée, dont les éléments sont disposés au sein d'un stroma hyalin ; il s'agit donc ici, d'après le compte rendu précédent (côté droit), d'une métastase bilatérale d'un néoplasme mammaire.

OBSERVATION N° 3

M. S..., malade de cinquante-trois ans, de sexe masculin, est envoyé au Professeur DECHAUME par son médecin d'Arpajon qui l'avait vu pour une arthrite bilatérale des genoux ; traité par cortisone + antibiotiques. Le malade avait signalé encore une tuméfaction douloureuse de l'angle mandibulaire droit. Des radiographies ont été faites et le malade envoyé avec son dossier à M. le Professeur DECHAUME.

Cette tuméfaction évoluait, aux dires du malade, par poussées ; son début remontait à deux ans environ, en même temps que s'installait une odontoptose de toutes les dents actuellement absentes. A l'examen, le 30 octobre 1958, tuméfaction discrète siégeant à l'angle mandibulaire droit sans asymétrie faciale notable, douloureuse au palper légèrement appuyé. On note un épaississement du bord postérieur de la branche montante, du bord inférieur de la branche horizontale comparativement au côté opposé. Les téguments sont indemnes. La parotide n'est

pas perceptible. Pas d'adénopathies. Pas de troubles de la sensibilité dans le territoire du mentonnier. Aucun trismus, mais le malade signale qu'aux repas il est gêné pour introduire des bouchées volumineuses.

● EXAMEN ENDO-BUCCAL :

Dans la région postérieure de la branche horizontale, il existe une tuméfaction des deux tables, tuméfaction limitée, irrégulière, non douloureuse à la palpation, contrastant avec la minceur de la partie plus antérieure de la branche horizontale. Il existe, en effet, à l'union de la branche montante et de la branche horizontale, un aspect mamelonné, irrégulier, donnant presque l'impression d'exostose et siégeant sur la table interne et la crête. Chute de d_8 traitée depuis trente ans. Le reste de l'examen de la cavité buccale montre une alvéolyse. L'édentation est totale en haut, sauf la racine de G_4 . En bas, persistent d_3 , d_4 , g_3 , g_5 , g_8 . Toutes les dents absentes sont tombées spontanément. La langue est saburrale avec des zones de dépapillation alternant avec des zones de papilles hypertrophiées. Les muqueuses sont peut-être un peu plus rouges que normalement. Etat général : ni sucre ni albumine dans les urines ; radio pulmonaire normale ; vitesse de sédimentation fortement accélérée ; formule sanguine d'allure infectieuse.

● ANTÉCÉDENTS :

Aucune maladie grave, pas de symptômes pulmonaires, pas de notion de maladie acquise, pas de troubles cardiaques ; dysenterie en 1927.

● EXAMEN GÉNÉRAL :

Signe d'Argyll, mais pas de signe de Romberg ; pas de perte des réflexes rotuliens. B.W. —. Urée : 0,30.

— *Le 5 novembre 1958 :*

Radiographie : le cliché montre une zone décalcifiée : tout l'angle de la branche montante droite de l'épine de Spix au rebord basilaire ; la corticale ne semble pas rompue, mais la zone décalcifiée, surtout interne, est très diffuse avec des petites formations en flammes dans la lumière de cette zone.

— *Le 6 novembre 1958 :* sous nargéol (anesthésie locale), incision sous-angulo-maxillaire droite. Découverte de l'angle du maxillaire que l'on rugine. Prélèvement d'un tissu bourgeonnant. A aucun moment, on n'a rencontré de dureté osseuse.

— *Le 8 novembre 1958 :* malade sortant.

● ANATOMIE PATHOLOGIQUE :

Epithélioma glandulaire mucipare, sans aucun doute métastatique, dont l'origine ne peut être que soupçonnée : glandes salivaires, mais l'examen est négatif, tube digestif ou sein.

On avait pensé tout d'abord à une gomme syphilitique en raison de l'existence d'un signe d'Argyll, mais B.W. et test de Nelson furent négatifs.

OBSERVATION N° 4

Localisation secondaire au maxillaire supérieur d'un cancer du rein (P. BOURGEOIS, R. FLEURY, C. BORNET)

Le 10 mars 1962, nous voyons M. M..., cinquante ans, chauffeur, hospitalisé le 9 mars 1962 dans le Service de M. le Docteur BOURGEOIS, pour syndrome douloureux lombaire et gingivorragie.

Les antécédents de ce malade sont riches.

— Il a subi, en *avril 1961*, une néphrectomie gauche, à la suite de 6 hématuries au cours du mois précédent, dans le Service du Docteur ABOULKER. A ce moment, l'état général était bon. Les suites opératoires ont été simples, le malade rapidement remis sur pieds a repris en juillet son travail.

— En *novembre 1961*, apparaît un épisode pulmonaire dyspnéique appelé congestion pulmonaire et traité en ville.

— Au cours du mois de *décembre*, réapparaissent des douleurs lombaires, entraînant une impotence fonctionnelle telle que le malade a dû cesser son travail.

— *Janvier 1962* est marqué par l'apparition d'une masse dure, douloureuse au-dessus du genou droit, en même temps qu'un amaigrissement important.

— Le *5 mars 1962*, apparaissent des gingivorragies d'abondance moyenne, d'un verre environ, sans notion de cause déclenchante, en pleine nuit. Ces gingivorragies ont été précédées, aux dires du malade, par des poussées œdémateuses de la région molaire droite. Ces hémorragies vont se répéter bientôt plusieurs fois jusqu'à l'hospitalisation le 9 mars.

Après l'admission, nous voyons le malade au lit pour la première fois ; alors que l'examen exo-buccal est normal, l'examen endo-buccal révèle au niveau de la région de la deuxième molaire supérieure, extraite il y a deux ans, une ulcération à bords irréguliers de 1 cm à 1,5 cm de diamètre, arrondie, située au sommet de la crête, débordant sur les versants palatin et vestibulaire. C'est une ulcération à bords irréguliers, cratériforme, recouverte d'un enduit sanieux reposant sur une base molle et saignant de toute sa surface. Elle s'accompagne de fétidité de l'haleine, de goût amer et métallique dans la bouche. Le reste de l'examen est normal, mais il existe une hyperthésie dans le territoire du sous-orbitaire droit. L'examen général ne révèle qu'une tension artérielle basse à 9-6, un souffle rude de la base droite, une fosse lombaire gauche blindée. Les examens complémentaires pratiqués à ce moment révèlent une numération avec 4.700.000 G.R. ; 10.800 G.B. ; la formule étant normale. Une vitesse de sédimentation à 75-105 ; des phosphatases alcalines élevées à 42 unités Bodansky ; des phosphatases acides à 5 unités Blummel. Urée normale.

— Quelques jours après, malgré l'impotence du malade, nous le revoyons dans le Service du Professeur FLEURY, le *13 mars*. Il vient de présenter une fracture spontanée de l'avant-bras gauche et la radio montre une image d'ostéolyse du 1/3 inférieur du radius. Après une radio rétro-alvéolaire qui montre une lacune osseuse au niveau de la crête, un prélèvement est pratiqué à cheval sur l'ulcération et le tissu sain ; ce prélèvement très hémorragique nécessite un tamponnement et

une transfusion de 500 cm³. Confié au Docteur PAYEN, l'examen histologique confirme nos suspicions, en montrant une prolifération tumorale formée de cellules vacuolaires, à noyau petit, très claires, prenant la morphologie des épithéliomas à cellules claires du rein. Un examen du squelette est demandé à ce moment, en accord avec le service de médecine, et obtenu seulement fin mars au complet relativement car la radio du crâne manque. Nous y retrouvons les images géodiques observées sur le radius : le fémur droit au 1/3 inférieur et la région sous-trochantérienne : l'extrémité interne de la clavicule droit, le cal chirurgical de l'humérus droit sont le siège de lésions d'ostéolyse.

— Au cours de l'évolution au-dessus de toute thérapeutique et malgré un traitement anti-mitotique, nous voyons l'ulcération augmenter de taille, se creuser en profondeur sans apparition de nouvelles stomatorragies. Les images osseuses ont rapidement augmenté de volume, si bien qu'une nouvelle fracture de l'extrémité inférieure du fémur droit survient le 25 avril. Entre cette date et le 7 mai, nous revoyons deux fois le malade en salle ; l'état décline si bien que le décès survient à cette date.

Une vérification en vue de prélèvements est alors pratiquée : l'ulcération est vaste, partant en avant de la région pré-molaire droite jusqu'à la tubérosité maxillaire droite en arrière, envahissant en dehors le vestibule sans atteindre la joue, alors qu'en dedans elle atteint la voûte palatine jusque sur la ligne médiane. Il s'agit d'une ulcération à bords indurés creusant l'os sous-jacent, de sorte qu'était réalisée une communication bucco-sinusienne admettant largement l'index. Les fosses nasales ne sont pas ouvertes. Après ablation de ce tissu tumoral, on note que toute l'infrastructure a disparu, cependant la muqueuse du sinus paraît normale, lisse au doigt. Un prélèvement a été fait en plein tissu tumoral et sur la crête restante ; le nouvel examen microscopique confirme le premier, montrant « que les fragments soumis à l'examen intéressent une prolifération tumorale maligne formée de cellules vacuolaires claires à petit noyau tassées les unes contre les autres ; le stroma, très grêle, renferme des axes conjonctivo-vasculaires. Il existe de petites suffusions hémorragiques et des plages de nécrose. Ceci reproduit la structure d'un épithélioma à cellules claires du rein ».

Ayant obtenu le compte rendu histologique du Service ABOULKER indiquant qu'il s'agissait d'un épithélioma à cellules claires, nous pouvons conclure à la présence d'un foyer métastatique.

OBSERVATION N° 5

Métastase mandibulaire chez un enfant de deux ans et demi (CERNÉA, DESCROZAILLES, COMMISSIONNAT et PAYEN)

L'enfant N... Jean-François est adressé le 27 février 1957 pour une tuméfaction de l'angle gauche du maxillaire inférieur. Une semaine auparavant, une hémorragie gingivale fut traitée par des bains de bouche. Un médecin consulté essaya, à la pince, d'extirper une masse gingivale. C'est devant son accroissement que les parents amènent leur enfant en consultation.

Il existe une tuméfaction de l'angle gauche du maxillaire inférieur. Mais c'est l'examen endo-buccal qui en montre la raison : une tumeur du volume d'une prune, pédiculée, mobile, de coloration brunâtre, hématique, de consistance rénitente. Cette tumeur s'insère dans la région de la première molaire permanente. Un ganglion est perçu dans la loge sous-maxillaire. La température, qui avait été de 38°, est redevenue normale.

La radiographie de l'angle gauche du maxillaire révèle : une image ostéitique, mitée, dans l'angle du maxillaire sur toute sa hauteur ; le logement du germe de la première molaire est visible, mais il est vide, la dent expulsée se projette à hauteur de la couronne de la deuxième molaire temporaire ; la racine distale de cette dernière dent a subi une rhizalyse.

Aucun antécédent important n'est retrouvé.

La formule sanguine est la suivante :

— G.R. : 4.200.000 ; Hb : 80 % ; V.G. : 0,95 ; G.B. : 6.800 ; P.N. : 54 ; P.E. : 3 ; P.B. : 0 ; lympho. : 22 ; grands lympho. : 10 ; mono. : 11.

La biopsie révèle la présence d'un angio-réticulo-sarcome. L'interrogatoire est repris et les parents déclarent alors que l'enfant a été examiné en août 1956, par le Professeur LAURENCE, pour une tumeur rénale qui fut traitée par la cobaltothérapie. La néphrectomie conseillée ensuite a été refusée par la famille qui a essayé divers traitements.

Le Docteur PAYEN nous adresse alors le compte rendu suivant : « L'examen de ce prélèvement met en évidence une prolifération réticulaire très importante avec des cellules présentant des monstruosités et des atypies nucléaires, de larges plages de nécrose, enfin en périphérie une prolifération vasculaire, angioma-teuse, dont les cellules endothéliales présentent des atypies nucléaires. Ces faits traduisent la présence d'un angio-réticulo-sarcome. Il est assez difficile de préciser les rapports de cette lésion avec la tumeur rénale signalée. Morphologiquement, il peut très bien s'agir d'une tumeur du blastème rénal et seule la clinique peut trancher le diagnostic. L'histologie ne permet que de constater la présence d'une prolifération angio-réticulaire maligne. »

Les parents décident alors de tenter les thérapeutiques de leur choix et l'enfant est perdu de vue.

La preuve formelle de l'origine rénale de cette tumeur n'est donc pas faite.

OBSERVATION N° 6

Métastase mandibulaire d'un épithélioma primitif du foie (CERNÉA, CRÉPY, CHOMÉ, MAZZA, POUILLLOT, KUFFER)

M. C... M..., mécanicien-ajusteur, cinquante-sept ans, nous est adressé le 26 septembre 1960, par le Docteur POUILLLOT, pour une tuméfaction génienne basse, pulsatile, d'évolution rapide.

Le début apparent de l'affection remonte à la fin de juillet 1960. Le malade a constaté l'apparition, dans le vestibule inférieur gauche, en regard des première et deuxième molaires inférieures, d'une petite masse de la grosseur d'une petite noix, n'entraînant aucun signe fonctionnel. Il consulta cependant le Docteur POUILLOT qui, constatant l'intégrité des dents adjacentes, fit une ponction qui ramena du sang et entraîna une hémorragie très importante, difficile à arrêter.

Le Docteur POUILLOT revit le malade le 17 septembre et constata une modification de la lésion, dont le volume avait augmenté, entraînant l'extrusion et la mobilité anormale des dents, en particulier de g_6 et g_7 ; elle était par ailleurs devenue nettement pulsatile. D'autre part, le malade était en traitement pour une cirrhose hépatique depuis environ deux ans, et avouait sans peine son intempérance passée. Pensant à une tumeur maligne, le Docteur POUILLOT nous adressa le malade que nous pûmes examiner le 26 septembre.

Il présentait une tuméfaction génienne basse gauche du volume d'une mandarine, absolument indolore, molle, pulsatile mais non expansive. Il n'y avait pas de gêne à l'ouverture de la bouche. La tuméfaction siégeait au niveau du corps du maxillaire inférieur, dans la région des prémolaires et molaires inférieures; elle comblait le vestibule; la déformation était moins importante au niveau de la table interne. Les limites étaient les suivantes:

- le bord antérieur était peu net, la tuméfaction se raccordant en pente douce avec le rempart alvéolaire de la région g_2 - g_3 ;
- le bord postérieur était net, abrupt, en regard du bord antérieur du masseter;
- à la partie inférieure, la masse englobait le bord basilaire qui n'était plus retrouvé, et refoulait en bas et en dedans un petit ganglion sous-maxillaire, mobile et indépendant de la tumeur;
- à la partie supérieure, la masse comblait le vestibule, remontait jusqu'au collet de g_6 et g_7 qui étaient nettement extrusées et mobiles; elle enfouissait la moitié cervicale de la couronne de g_4 ; g_5 était absente; les déplacements dentaires étaient bien tolérés par ce malade, dont l'arcade supérieure était totalement édentée;
- à la partie interne, il y avait une petite voussure exulcérée entre g_5 et g_6 , et une discrète infiltration du plancher de la bouche le long de la table interne. Par ailleurs, une mobilité anormale de la région incisive faisait suspecter une fracture pathologique.

Les autres parties de la cavité buccale étaient normales, il n'existait pas de troubles de la sensibilité objective, de la motilité de la langue, de la phonation et de la déglutition. Il n'existait pas d'autre adénopathie que le petit ganglion sous-maxillaire déjà cité.

L'examen radiologique montrait une vaste lésion ostéolytique pure, ovale, de la partie moyenne de la branche horizontale du maxillaire inférieur, étendue de l'apex de g_4 à celui de g_7 ; les limites de cette lacune étaient très imprécises. Il existait une fracture pathologique avec déplacement. Il n'y avait pas d'autre anomalie au niveau des os de la face et du crâne. L'examen de l'abdomen montrait un très gros foie, dont le bord inférieur atteignait l'ombilic, et dont la hauteur sur la ligne mamelonnaire était de 20 cm. Sa consistance était très ferme; la pal-

pation ne décelait pas de nodules nets, mais deux profonds sillons sur la face antéro-supérieure, à peu près parallèles, obliques en bas et en dedans. Au-dessous de l'ombilic, on sentait sous la paroi quelques petites masses qui semblaient répondre à des nodules péritonéaux (Docteur MOUSSOUR).

L'examen pulmonaire clinique et radiologique était normal, ainsi que l'examen cardio-vasculaire, neurologique et le toucher rectal.

Des examens complémentaires furent alors pratiqués :

- N.G. - F.S. : G.R. : 4.010.000 ; Hb : 90 % ; G.B. : 6.900 ; P.N. : 64 % ; L. : 28 % ; M. : 8 %.
- Glycémie : 1,2 g/l ; urée : 0,35 g/l ; B.W. négatif.
- Taux de prothrombine : 75 %.
- Bilan hépatique : test thymol : 4 unités ; Kunkel zinc : 40 unités ; Kunkel phénol : 12 unités ; Gros : 1,2 cm³.
- Bilirubinémie : 4 mg/l ; protides : 70 g/l ; cholestérol total : 1,40 ; estérifié : 0,80 g/l.

Une biopsie de la tumeur mandibulaire fut faite le 30 septembre par le Docteur CRÉPY. Il s'agissait macroscopiquement d'une masse rougeâtre, molle, friable, très hémorragique. L'examen histologique du fragment, qui ne comportait que du tissu tumoral, provoqua une véritable stupéfaction de l'anatomo-pathologiste de l'Hôpital Saint-Louis, le Docteur CHOMÉ, qui envisagea même la possibilité d'une erreur de pièce et demanda un nouveau prélèvement à cheval sur la partie tumorale et le tissu périphérique. Cette nouvelle biopsie fut faite le 13 octobre. En voici le compte rendu :

« Ce nouveau fragment qui porte à cheval sur les lésions et sur le tissu qui les entoure, confirme d'une manière formelle le prélèvement antérieur. Dans les deux cas, on trouve une prolifération de cellules assez volumineuses disposées en cordons deux à deux et limitées par des lacunes vasculaires parfois très dilatées. Un tel aspect présente une différenciation tellement hépatique qu'on a hésité à croire à une métastase. En effet, les mitoses ne sont pas très nombreuses et la différenciation est telle que si ce n'était le siège, on pourrait presque penser à un parenchyme hépatique normal. Il existe cependant des inégalités nucléaires qui traduisent une hyperactivité. La confrontation de ces deux biopsies successives permet donc d'affirmer l'existence d'une métastase maxillaire d'un épithélioma primitif du foie dans sa variété hépatome (par opposition à l'hépto-cholangiome malin). *Conclusion* : métastase maxillaire étonnamment différenciée d'un épithélioma primitif du foie. »

Nous avons alors recherché la possibilité d'une autre métastase osseuse. L'examen radiologique complet du squelette ne permit de déceler qu'une arthrose vertébrale diffuse avec pincement du disque L₅-S₁, et un remaniement structural au niveau des corticales des os des jambes vraisemblablement d'origine vasculaire. Il n'y avait aucune lésion osseuse secondaire visible. Par ailleurs, il n'existait pas de calcification dans la région hépatique.

Un tel cas est évidemment au-dessus de toute thérapeutique, et nous ne nous crûmes pas autorisés à pratiquer une laparotomie exploratrice. Nous nous contentâmes d'entreprendre un traitement radiothérapique de la lésion mandibulaire à

visée surtout psychothérapique, à la dose de 250 r, trois fois par semaine sur un seul champ sans faire chez ce malade d'extractions dentaires inutiles et même dangereuses. Le malade dont l'état général était bon, et l'état local relativement satisfaisant, quitta le Service le 22 octobre et rentra chez lui en province, où la radiothérapie fut poursuivie.

Nous apprîmes son décès au début de décembre 1960, malheureusement l'autopsie ne put être pratiquée, et nous n'avons pas de coupe histologique du foie. Malgré cette lacune, il ne fait pas de doute qu'il s'agissait d'une métastase d'un épithélioma primitif du foie.

Revue de la littérature et tableaux récapitulatifs des cas publiés antérieurement

La publication initiale date de 1892 et fut faite par BATZAROFF au sujet d'une métastase de cancer du sein à la mandibule. SCHLESINGER, en 1909, publie 5 cas dont 4 métastases de cancer du sein. Depuis, de nombreuses publications tant étrangères que françaises ont été faites dans la littérature et la première publiée en France le fut par Monsieur DECHAUME, en 1932. C'était une métastase de cancer du rein à la mandibule. Les publications les plus importantes depuis cette époque furent :

— ADAIR et HERMANN, en 1946, rapportent 5 cas de métastases de cancer du sein.

— DEBAILLEUL, en 1948, fait une thèse sur ce sujet.

— AISENBERG et INMAN, en 1956, 5 cas de métastases.

— CASTIGLIANO et ROMMIGER, en 1954, 7 cas avaient fait la revue de 176 cas.

— CASH, QUENTIN et DAHLIN, en 1951, étudient 594 dossiers de la Mayo Clinic et retiennent 20 cas de tumeurs métastatiques aux maxillaires.

— GROSS, en 1959, rapporte 9 cas.

— SALMAN et LANGEL, en 1954, examinent 7 cas.

— TYLMANN, en 1955, fait une revue de la littérature de 1902 à 1953.

— VREBOS, en 1961, réunit 220 cas dans la littérature.

La plupart des auteurs insistent sur les mêmes points que nous, c'est-à-dire l'augmentation de fréquence de ces métastases en rapport avec la survie prolongée, l'appréciation inexacte de cette fréquence du fait que souvent elles ne sont pas relevées durant la survie comme post-mortem.

GROSS, TYLMAN insistent sur le début par des algies qui entraînent des extractions sans diagnostic.

L'anesthésie mentonnière fait l'objet de nombreuses remarques de la part surtout des auteurs français (BATAILLE, ROGER, CERNÉA, BOULET) qui en font un signe précoce souvent révélateur.

L'importance de l'examen histologique, et comme moyen de diagnostic différentiel, et comme moyen d'orientation pour rechercher le primitif, est signalée à diverses reprises.

A travers les publications apparaît la relative rareté des métastases au maxillaire supérieur.

Au sujet de la métastase d'un hépatome à la mandibule rapporté par DICK, il faut souligner le parallélisme que l'on peut faire avec l'observation de Monsieur le Professeur CERNÉA :

- la métastase est révélatrice ;
- sa structure est très différenciée, surprenant l'anatomo-pathologiste ;
- enfin aucune thérapeutique ne s'est révélée satisfaisante.

DINGMANN déplore le retard avec lequel sont vues les tumeurs de la cavité buccale et ceci du fait des médecins et chirurgiens-dentistes qui souvent n'y attachent pas l'importance qu'elles méritent. Lui aussi souligne l'intérêt de la biopsie, facile à réaliser et d'un intérêt primordial.

* *

Pour la fréquence des métastases osseuses, ABRAMS et SPIRO, en 1950, analysant 1.000 cas d'autopsies de sujets morts de cancer, trouvent une fréquence de 27,2 %. Les cancers donnant le plus souvent des *métastases osseuses* étant par ordre de fréquence :

- le sein ;
- le poumon ;
- le rein ;
- le pancréas ;
- le rectum ;
- l'estomac ;
- le côlon ;
- et l'ovaire.

Dans les cas que nous relevons aux maxillaires, nous avons : sein, poumon, rein, *prostate*, *utérus*, *thyroïde*, *testicule*, estomac, gros intestin, mais pas de métastase pancréatique.

CASH, QUENTIN et DAHLIN, reprenant 594 dossiers (à la Mayo Clinic) de tumeurs des maxillaires, retiennent 20 cas de tumeurs métastatiques dont 5 cas d'hyperméphrome, 5 cas de carcinome de la

lèvre, 2 cas de cancer du sein, 2 du sigmoïde, 1 du côlon, 1 de la prostate, 1 du rectum, 2 cas de la peau de la face, 1 cas de cancer de la langue. Ils font une étude générale sans détailler leurs cas.

Il faut remarquer que les auteurs américains, THOMA, CASH et coll., font rentrer dans les primitifs les cancers de la face que les auteurs européens laissent de côté, considérant qu'il s'agit de récidives ou d'envahissement local. Une seule observation de CARLIER concerne un tel cancer de la lèvre.

TABLEAU RÉCAPITULATIF

Nombre de cas relevés : 131 + 6 observations de la thèse

AGE		SEXE	
— Jusqu'à 10 ans	3 cas	— Masculin	47
— De 11 à 20 ans	1 »	— Féminin	69
— De 21 à 30 ans	3 »		
— De 31 à 40 ans	16 »	ISSUE FATALE	
— De 41 à 50 ans	22 »	— En moins de 6 mois	40 fois
— De 51 à 60 ans	40 »	— Entre 6 mois et 1 an	10 »
— De 61 à 70 ans	28 »	— Après 2 ans	5 »
— De 71 ans à plus âgé	6 »		
SYMPTOMES CONSTATES		LOCALISATION	
— Tuméfaction	87 fois	99 fois à la mandibule, dont :	
— Douleurs	49 »	— Branche horizontale	22 fois
— Anesthésie mentonnière	46 »	— Angle	16 »
— Extraction	28 »	— Branche montante	9 »
— Fracture spontanée	5 »	— Condyle	2 »
— Ulcération	4 »	— Coroné	1 »
— Hémorragie	3 »	18 fois au maxillaire supérieur	
ETIOLOGIE			
— Sein	33	— Urètre	1
— Poumon	21	— Vessie	1
— Rein	17	— Ovaire	2
— Prostate	8	— Surrénale	1
— Utérus	5	— Hépatome	1
— Thyroïde	5	— Lèvre	1
— Testicule	4	— Neuroblastome	1
— Rectum	4	— Ostéosarcome	1
— Sigmoïde	3	— Lymphosarcome	1
— Côlon	1	— Mélanosarcome	2
— Estomac	3	— Indéterminé	10

Pathogénie

Il existe différentes théories de propagation des tumeurs malignes :

1° On prête aux cellules tumorales :

- un pouvoir de déplacement ;
- un pouvoir d'invasion dû à une activité enzymatique lytique intense.

Dès lors, elles peuvent s'implanter en différents points de l'organisme, mais par quelles voies : lymphatique ou sanguine ? Les deux sûrement, et suivant la tumeur et sa localisation l'une ou l'autre prédomine.

Pour les métastases à distance, la voie veineuse et la voie artérielle semblent plus acceptables, surtout s'il s'agit de métastases osseuses comme celles qui nous intéressent :

- au niveau des maxillaires, les cellules néoplasiques s'arrêteraient dans les îlots de moelle rouge des os, car (RECKLINGHAUSEN) il y existe une vascularisation intense, une circulation ralentie, des capillaires larges ; des embolies tumorales, point de départ de tumeurs métastatiques, se formeraient là. De très nombreux auteurs sont pour cette théorie : DELBET, DOS SANTOS, LAMAS ;
- l'action trophique de la tumeur primitive peut aussi créer des lacunes de résorption osseuse où les cellules néoplasiques migratrices viendraient facilement se fixer.

2° DELARUE, pour sa part, invoque un phénomène biologique de répercussion : les métastases ne seraient que la reproduction, par résonance, des perturbations cellulaires qui ont permis l'éclosion du foyer primitif et c'est avec des matériaux pris sur place que l'irritation cancérogène déterminerait une nouvelle prolifération tumorale reproduisant assez exactement la tumeur originelle. La métastase ne serait pas la fille, mais la sœur cadette de cette tumeur.

La question des métastases est d'un intérêt général pour la connaissance et le traitement des cancers. Leur existence confirme des théories modernes : cancer-maladie générale, cancer-maladie capable d'être combattue par l'organisme (métastases silencieuses, carcinémie sans greffe métastatique). Leur existence explique des échecs thérapeutiques, elle doit permettre d'éviter des mutilations inutiles. Aux maxillaires, les métastases gardent le même intérêt.

Etude clinique

On prendra pour type de description une métastase survenant au maxillaire inférieur, révélatrice d'une tumeur maligne passée jusque-là inaperçue.

Les premiers signes sont :

- Soit des SYMPTOMES DENTAIRES ou rapportés aux dents, douleur à type d'*odontalgie*, *parodontolyse localisée* faisant croire à tort à une cause dentaire entraînant l'extraction sans diagnostic, ou avec un diagnostic erroné qui n'est rectifié que peu de temps après si l'extraction a ramené des débris suspects dont l'examen anatomo-pathologique a été fait, ou un certain temps après si ce sont les suites de l'extraction, cicatrisation très lente, bourgeonnement, persistance des algies qui amènent à pratiquer des examens complémentaires, films endo et exo-buccaux, biopsies en particulier.

- Soit des TROUBLES SENSITIFS dans le territoire du nerf dentaire inférieur.

Les douleurs à type d'*odontalgie* en font partie, mais sont rapportées aux dents.

— Il s'agit plus particulièrement de l'*anesthésie mentonnière*. L'extraction ou ses suites peuvent attirer l'attention sur elle, mais *souvent elle est isolée* et constitue un signe évocateur de tumeur mandibulaire et même de tumeur métastatique. (Rappelons que l'anesthésie mentonnière, ou signe de Vincent qui l'a décrite, est appelée par certain signe de la houppe du menton, d'une façon assez impropre, puisqu'il s'agit d'une anesthésie cutanée et que la houppe du menton correspond au muscle de la partie inférieure du menton.)

— Des *névralgies intenses*, des *paresthésies*, une *hypoesthésie* ont une signification analogue.

- La TUMÉFACTION trahissant l'évolution de la métastase manque rarement. D'importance variable, strictement endo-buccale ou extérieurement, déformant la face, elle attire directement l'attention sur la mandibule.

- D'autres signes sont plus rares :

- La *fracture spontanée* évoque la tumeur métastatique, car elle survient plus souvent dans ces cas que dans les tumeurs primitives d'une façon générale.

- Le *trismus*, comme la *déviatio mandibulaire*, s'observe dans les tumeurs intéressant le condyle.

- L'*ulcération* se produit le plus souvent sous les prothèses désadaptées par la tuméfaction.

- Enfin, quelquefois la formation est très vascularisée et ce sont des hémorragies qui alarment le malade.

Signalons qu'il n'y a pas d'adénopathies satellites de la tumeur métastatique, à part les cas où ces adénopathies font partie du tableau de la tumeur primitive.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- La RADIOLOGIE est d'une grande aide dans ces cas de tumeurs métastatiques. Les films faits suivant les techniques habituelles : rétro-alvéolaire, maxillaire défilé, pourront être complétés par les autres incidences de la mandibule, par des tomographies.

Le film rétro-alvéolaire de toute dent suspecte peut révéler, alors que rien ne le laissait prévoir, une image de tumeur du maxillaire.

Les films obtenus mettent dans la majorité des cas une image tumorale en évidence, mais cette image a la possibilité de revêtir et de simuler tous les aspects des affections des maxillaires, qu'il s'agisse :

1) D'images localisées :

- de petite étendue, réalisant une lacune claire unique ou des lacunes multiples, aspect en mie de pain ou en alvéoles ;
- de grande étendue (majeure partie d'une branche montante par exemple), régulière ou irrégulière, très claire ou floue.

2) *D'images diffuses* à tout un héli-maxillaire par exemple :

- images radio claires traduisant une ostéolyse ;
- ou images denses traduisant une ostéo-condensation ; ce dernier aspect est beaucoup plus rare et est plus particulier au cancer de la prostate.

Quant aux clichés du reste du squelette, ils ont l'intérêt d'être utiles à l'enquête à la recherche d'autres métastases (servant à étayer le diagnostic) osseuses, à la recherche de la tumeur primitive, et là on peut employer les autres techniques radiologiques.

La valeur de l'examen radiologique est non pas diagnostique puisqu'il n'existe pas d'aspect caractéristique, mais sa valeur est de révéler un processus anormal que le reste de l'enquête :

- la recherche d'une tumeur primitive ;
 - la pratique de la biopsie ;
- va permettre d'identifier.

• C'est donc l'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE qui en dernier ressort affirme le diagnostic, constatant l'identité de la métastase et de la tumeur primitive. Pour que cet examen soit valable, il doit être fait à partir d'une biopsie correctement exécutée :

- prélèvement d'une façon chirurgicale d'une portion tumorale et d'une portion de tissu sain attenant, d'un volume suffisant pour pouvoir être orienté ;
- un autre cas est réalisé par les débris suspects que l'on peut ramener lors d'une extraction ;
- protection du fragment biopsié dans un liquide comme le Bouin, par exemple, et transport relativement rapide au laboratoire d'anatomie pathologique.

Muni des résultats des examens complémentaires et de l'enquête à la recherche d'une tumeur primitive que l'on oriente d'abord sur les étiologies les plus fréquentes, on va se trouver :

- soit dans des cas de diagnostic facile : métastase maxillaire d'une tumeur primitive accessible, identité anatomo-pathologique ;
- soit dans des cas de diagnostic difficile : tumeur maxillaire sûrement métastatique mais pas de tumeur primitive décelable ; tumeur maxillaire sans identité avec une autre tumeur concomitante.

La poursuite de l'enquête peut apporter une solution, à moins que ce ne soit l'évolution.

Evolution

Localement, la métastase augmente de volume et a tendance soit à s'extérioriser déformant la face, à se développer intra-buccale et à s'ulcérer, soit à se développer intra-osseuse d'une façon plus insidieuse, réalisant des dégâts considérables.

Le plus souvent, la métastase témoigne d'un état avancé et les survies sont rarement très prolongées, même dans le cas d'une tumeur révélatrice comme celle prise comme type de description. Grâce au traitement, on peut obtenir une régression passagère des signes, qu'il s'agisse des douleurs ou qu'il s'agisse de la tuméfaction. Quelques cas ont été suivis d'une longue période sans troubles, en particulier dans un cas de cancer de la prostate traité par castration et œstrogènes. Si bien que l'on peut distinguer schématiquement deux cas :

1) La métastase survient à un stade terminal et elle n'ajoute qu'une note au tableau. Le même cas est réalisé quand l'apparition de la métastase est suivie rapidement d'une flambée maligne.

2) La métastase apparaît isolément, le cancer primitif a été contrôlé ou peut l'être, un traitement de la lésion secondaire peut être suivi de succès.

Ainsi la durée de l'évolution, le plus souvent de quelques mois, peut aller jusqu'à quelques années, et entre ces deux évolutions, il existe un hiatus séparant les cas défavorables les plus nombreux des cas favorables.

Formes cliniques

SUIVANT LE TERRAIN

— *Métastases survenant chez un cancéreux connu et souvent déjà opéré.* Si les métastases surviennent dans les suites rapprochées de l'opération, leur diagnostic est en général facile. Mais dans les suites éloignées, chez des malades qui souvent cachent un antécédent très pénible, c'est à l'interrogatoire que revient la découverte de l'affection causale et quelques observations montrent cette difficulté d'obtenir de tels renseignements.

— *Métastases survenant chez l'édenté.* Chez ce malade, les symptômes sont :

— des troubles dans le territoire du nerf dentaire, paresthésie, hyposthésie, anesthésie ;

— ou une tuméfaction d'évolution lente : elle entraîne des retouches successives des prothèses ; d'évolution rapide, elle a plutôt tendance à s'ulcérer, mais la tuméfaction peut aussi intéresser l'angle ou la branche montante et n'entraîner qu'une déformation de la face.

SUIVANT LA LOCALISATION

— *au maxillaire inférieur :*

C'est la forme prise pour type de description, mais il faut remarquer différents cas suivant la localisation de la métastase.

Le plus souvent, c'est la branche horizontale qui est atteinte dans la région pré-molaire ou molaire, rarement incisive, et c'est dans ces cas que l'anesthésie mentonnière, les signes dentaires, la tuméfaction intra-buccale sont les plus fréquents.

Souvent c'est l'angle, et là la tuméfaction s'extériorise, l'anesthésie mentonnière peut être présente.

La branche montante est frappée avec une fréquence à peu près égale à l'angle et ne révèle pas une tuméfaction.

Enfin, le condyle ou le coroné est atteint rarement, les troubles de l'articulation temporo-maxillaire, de l'articulé apparaissent là. Après un certain temps d'évolution, la métastase envahit la majeure partie de l'hémi-mandibule.

— *au maxillaire supérieur :*

Exceptionnelles, elles se manifestent plutôt par une tuméfaction provoquant des troubles dentaires ou une ulcération sous prothèse pouvant évoquer une épulis fibreuse. Parmi les observations que nous rapportons, une métastase au maxillaire supérieur ayant entraîné une hémorragie abondante a nécessité l'hospitalisation.

— *Dans quelques cas*, les métastases sont associées aux deux os maxillaires.

SUIVANT LE CANCER PRIMITIF

Le cancer du sein vient en tête par sa fréquence, il est suivi par le cancer du poumon et des bronches, par le cancer du rein, puis le cancer de la prostate. Tous les autres cancers peuvent donner des métastases aux os maxillaires. De même, les tumeurs d'origine conjonctive : mélanosarcome, lymphosarcome, les tumeurs embryonnaires, peuvent donner des métastases.

FORMES SYMPTOMATIQUES

- Le cancer secondaire unique.
- Le cancer secondaire multiple.
- Le cancer secondaire diffus.

Ces différentes formes ont peu d'individualité clinique, mais une individualité radiologique.

La localisation est plus souvent profonde, térébrante à la mandibule, expliquant l'anesthésie mentonnière ou les névralgies qui souvent précèdent la tuméfaction.

Parfois, elle est sous-périostée, correspondant à une image radiologique périphérique donnant une tuméfaction vite extériorisée, souvent friable et hémorragique.

Parfois, les métastases se font dans la pulpe des dents, et BURKET rapporte un cas où les métastases ont été trouvées histologiquement dans la pulpe et le ligament de dents extraites successivement, jusqu'au diagnostic de métastases généralisées. Il est de bonne règle, en clinique, devant une pulpite de cause non évidente, de rechercher le diabète, la leucémie, la métastase.

Métastases se manifestant uniquement par une anesthésie mentonnière : différents auteurs non stomatologistes, ROGER en particulier, ont insisté sur la présence au cours de syndromes douloureux d'étiologie indéterminée, d'une anesthésie mentonnière qui leur a permis d'évoquer le diagnostic de métastases multiples à l'origine du syndrome douloureux. Cette anesthésie mentonnière ne s'accompagne d'aucun autre signe de la sphère stomatologique et est probablement due à une métastase minuscule confirmant ou envahissant le nerf dentaire inférieur. A l'appui de ceci, la publication d'un cas par ADAIR et HERMANN, en 1946.

Diagnostic

I. — DIAGNOSTIC POSITIF

Devant une tumeur des maxillaires, son origine métastatique :

1) *Peut être soupçonnée*

— Si quelques signes cliniques font pencher en faveur de la métastase, non pas l'aspect clinique ou radiologique, mais plutôt l'anesthésie mentonnière.

— Si une enquête complète révèle l'existence d'une tumeur primitive, voire d'autres métastases.

— Si l'examen anatomo-pathologique révèle l'existence d'une tumeur dont l'origine ne peut pas être maxillaire, tandis que l'on ne trouve pas de tumeur primitive identique.

2) *Peut être affirmée*

— Uniquement par l'examen anatomo-pathologique révélant l'identité de la tumeur primitive et de la tumeur des maxillaires.

— Parfois, une technique spéciale permet d'affirmer la métastase : l'iode 131 pour les tumeurs thyroïdiennes fixant l'iode, le dosage des prolans dans les tumeurs testiculaires.

II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La tumeur métastatique des maxillaires pose le problème diagnostique :

— d'une odontalgie ;

— d'une parodontolyse localisée ;

et dans ces deux cas l'argument de fréquence fait rapporter à tort les symptômes à la dent, alors que la cause est tout autre.

Il peut se poser encore le problème des tuméfactions des maxillaires au point de vue clinique et radiologique :

- kystes bénins et granulomes ;
- ostéite des maxillaires ;
- améloblastomes kystiques ;
- tumeurs vasculaires, tumeurs à myéloplaxes ;
- chondromes, myxomes, granulome éosinophile ;
- sarcome des maxillaires ;
- tumeurs sinusiennes extériorisées.

Les tuméfactions ulcérées peuvent évoquer :

- les néoplasmes ulcérés du revêtement épithélial ;
- les ulcérations tuberculeuses, syphilitiques, traumatiques.

Une fracture spontanée a un caractère plus évocateur, mais là comme dans les autres cas, c'est l'examen anatomo-pathologique qui permet de trancher. La tumeur n'ayant pas une origine maxillaire, il reste à la rattacher à une tumeur primitive que l'on recherche par les explorations générales en se portant sur les causes les plus fréquentes : cancer du sein, de la prostate, de la thyroïde, du rein.

Traitement

Il n'y a pas de traitement radical de ces tumeurs malignes. pourtant on doit tenter dans chaque cas le maximum pour prolonger la survie, pour améliorer le confort du malade.

On dispose de plusieurs méthodes :

1) LES RESECTIONS OSSEUSES

Opérations très bien réglées pour les tumeurs primitives de la mandibule, elles ont été utilisées par certains pour les tumeurs secondaires :

- résection partielle de l'arc mandibulaire sans solution de continuité ;
- résection interrompant la continuité de l'os intéressant :
 - a) soit la région mentonnière ;
 - b) soit un segment de la branche horizontale avec possibilité d'intéresser la branche montante ;
 - c) soit la branche horizontale et la totalité de la branche montante réalisant une hémi-résection.

Ces résections nécessitant un appareillage de contention post-opératoire, voire une reconstitution du maxillaire inférieur par prothèse dans les suites.

2) L'ELECTRO-CHIRURGIE

L'électro-chirurgie permet de réaliser les résections osseuses précédentes par voie buccale, sans hémorragie, sans choc opératoire, avec une grande souplesse d'application. Procédant plan par plan, elle permet de suivre les infiltrations tumorales. Au niveau de l'os, il faut que celui-ci soit préalablement dénudé pour pouvoir être nécrosé. L'os nécrosé reste en place et joue le rôle de tuteur en attendant son élimination entre le quarantième et le soixantième jour.

3) LA RADIOTHERAPIE

Elle se propose de délivrer, dans l'ensemble de la zone envahie, à l'aide de radiations ionisantes, une dose susceptible de détruire les cellules néoplasiques ou de ralentir leurs divisions, sans trop léser les éléments sains (conformément au principe de la radio-sensibilité différentielle).

— La roentgenthérapie conventionnelle : ce rayonnement provient du freinage d'électrons soumis préalablement à une tension accélératrice de 200 à 220 kV, la composante molle étant arrêtée par un filtre d'aluminium et de cuivre. L'application se fait par champs multiples séparés pour avoir en profondeur une dose efficace. La dose totale est de 2.000 à 5.000 r ; la dose par séance et par champ de 150 à 300 r.

— La télécobalthérapie : ce procédé utilise le rayonnement gamma du cobalt 60, l'émission se faisant de façon théoriquement monochromatique ; il permet une localisation très exacte du rayonnement, mieux toléré par la peau pour des doses élevées, il est surtout utilisé dans les tumeurs profondes.

L'application des radiations ne sera faite dans tous les cas qu'après une mise en état complète de la bouche et extractions dans les zones à irradier.

4) L'HORMONOTHERAPIE

Cette méthode est applicable dans les tumeurs qui répondent favorablement, en tête desquelles vient le cancer de la prostate, contrôlable par les œstrogènes, dont l'action s'exerce tant sur la tumeur primitive que sur les métastases ; dans le cancer du sein, l'hormonothérapie a été aussi employée avec des résultats plus inconstants.

La liste de ces moyens thérapeutiques n'est pas close et il s'y ajoutera sûrement un jour des méthodes plus actives, voire curatrices.

5) LES INDICATIONS

Suivant la tumeur, les indications de ces méthodes varient :

A un stade précoce, la métastase révélant par exemple un primitif peu évolutif, l'intérêt commande de traiter les deux tumeurs ensemble, et là suivant les cas :

- chirurgie pour le primitif ;
- radiothérapie en général pour le secondaire ;
- ou hormonothérapie, œstrogènes en cas de tumeur prostatique.

Un cas analogue est réalisé par une métastase survenant longtemps après le traitement du primitif, isolée, sans poussée évolutive, elle relève d'un traitement radical : l'exérèse chirurgicale par exemple.

Mais souvent la métastase tardive marque un tournant dans l'évolution, généralisation et mort rapide, seule alors la thérapeutique palliative est de mise, radiothérapie locale, voire générale, permettant une amélioration du confort du malade sans éviter l'issue fatale.

A un stade plus avancé, la métastase survenant par exemple dans les suites rapprochées du traitement du primitif, il n'y a là guère que la radiothérapie palliative qui puisse être appliquée. Ses résultats à cours terme sont encourageants : sédation des douleurs, régression de la tuméfaction sont presque toujours observés. A plus long terme, l'état général se détériore, d'autres métastases surviennent et le malade est emporté par la généralisation du processus.

Conclusions

L'étude des métastases des tumeurs malignes aux os maxillaires revêt un intérêt certain :

- du simple fait de sa rareté ;
- du fait aussi de la difficulté du diagnostic ou de l'aspect révélateur de la métastase.

Des symptômes évocateurs, comme une tuméfaction ou une masse bourgeonnante, orientes les gestes à pratiquer. Mais devant une odontalgie ou une parodontolyse localisée, il est nécessaire d'adopter une attitude systématique et après une étude clinique complète de pratiquer un film rétro-alvéolaire qui permet de déceler des lésions insoupçonnables autrement. Des débris péri-radiculaires suspects nécessiteront un examen histologique qui reste la clé du diagnostic aussi bien dans ces cas que devant une tumeur apparente ou profonde, que devant un malade chez qui le primitif est connu.

Mais l'intérêt diminue, quant aux résultats, s'il s'agit du traitement. Dans de nombreux cas, l'évolution est au-dessus de toute thérapeutique, comme en témoigne l'issue rapidement fatale. Pourtant, quelques cas favorables qui comportent un contrôle efficace de la tumeur primitive permettent de traiter d'une façon relativement satisfaisante la métastase en s'adressant surtout aux agents physiques ou chimiques.

Les 6 observations rapportées illustrent ces conclusions :

- rareté avec la métastase d'un hépatome ;
- difficulté du diagnostic dans l'observation du cancer secondaire du poumon, du cancer du sein et de la métastase de l'angle mandibulaire ;
- richesse du tableau terminal dans l'observation de la métastase d'hypernéphrome ;
- difficulté du traitement dans les 6 cas.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
DECHAUME

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

Bibliographie

- ABOULKER-KAMOUN. — Epithéliomas du maxillaire inférieur. (*Thèse*, Paris, 1934, n° 484.)
- ABRAMS (H.L.), SPIRO (R.), GOLDSTEIN (N.). — Metastasis in carcinoma. Analysis of 1.000 cases autopsied. (*Cancer*, janvier 1950, 3, n° 1, 74-85.)
- ADAIR (F.E.), HERMANN (J.B.). — Unusual manifestations of breast carcinoma. Metastasis to the mandible with a report of fixe cases. (*Surg. Gynec. Obst.*, septembre 1946, 83, n° 3, 289-295.)
- AISENBERG (M.S.), INMAN (C.L.). — Tumors that have metastatized to the jaws. (*OS. OM. OP.*, novembre 1956, 9, n° 11, 1210-1217.)
- ALBRECHT. — Beitrage zur klinische und pathologischen anatomie der malignen hypernephrome. (*Deutsche Geselsch. f. Chir. Verhandl.*, 1905, 34, 620.)
- ANDRÉ. — Métastases du cancer de la prostate. (*Thèse*, Montpellier, 1940.)
- BATAILLE (R.). — Anesthésie mentonnière révélatrice d'une métastase d'un épithélioma. (*Revue de Stomatologie*, novembre-décembre 1944, 45, n° 11-12, 158-159.)
- Le cancer secondaire du maxillaire inférieur. (*Revue de Stom.*, février-mars 1951, 52, n° 1-2, 158-162.)
- BATAILLE (R.), BÉAL, BUREAU, CERNÉA, DESCROZAILLES, LAMBERT, PARANT. — Les tumeurs des maxillaires. (*Conférences des Stomatologistes des Hôpitaux de Paris*, Paris, Masson et Cie, 1952.)
- BIGELOW and WALSH. — Metastatic carcinoma of the maudible. (*Ann. Surg.*, 1953, 137, 138-140.)
- BLACKWOOD (H.J.J.). — Metastatic carcinoma of the mandibular condyle. (*OS. OM. OP.*, décembre 1956, 9, n° 12, 1318.)
- BLAKE (H.) et BLAKE (F.S.). — Breast carcinoma metastatic to maxilla. (*OS. OM. OP.*, septembre 1960, 13, n° 6, 1099-1102.)
- BLUESTONE (L.I.). — Malignant melanoma metastatic to the mandible. (*OS. OM. OP.*, janvier 1953, 6, n° 1, 237-242.)

- BLUMER, BATZAROFF, BERG. — Tumeurs métastatiques. (*Wien. Klin. Wochenschrift*, juillet 1936, 49, 970-980.)
- BOSCO (H.F.). — Metastatic adenocarcinoma of the mandible. (*OS. OM. OP.*, janvier 1958, 11, n° 1, 85.)
- BOULET (P.), JERRE (H.), PASSOUANT (P.), BERTRAND (L.). — Le signe de la houppe du menton dans l'ostéose cancéreuse métastatique. (*Paris Médical*, 9 décembre 1950, 40, n° 46, 652-654.)
- BOURGEOIS, FLEURY, BORNET. — Localisation secondaire au maxillaire supérieur d'un cancer du rein. (*Société de Stomatologie*, 18 mars 1963, in *Revue de Stomatologie*.)
- BOUVIER. — Métastases osseuses des épithéliomas, leur traitement roentgenthérapique. (*Thèse*, Lyon, 1942.)
- BRANCH et NORTON. — Metastatic hypernephroma of the jaw. (*J.A.M.A.*, juin 1928, 90, 24, 1979.)
- BRUCE (K.W.), MAC DONALD (J.R.). — Metastatic adenocarcinoma of the mandible from the sigmoid colon. (*OS. OM. OP.*, juin 1954, 7, n° 7.)
- BURFORD (W.N.), ACKERMAN (L.V.), ROBINSON (H.B.G.). — Metastasis to the mandible from a primary carcinoma of the breast. (*Am. J. Orthodontics and Oral Surg.* (Sect. Oral Surg.), juillet 1944, 30, n° 7, 357-362.)
- BURKET (L.). — Jaw metastases in primary mammary carcinoma. (*Am. J. Orthodontics and Oral Surg.* (Sect. Oral Surg.), novembre 1941, 27, 652-659.)
- BYARS (L.T.), SARNAT (B.G.). — Tumeurs de la mandibule. (*Surg. Gynec. Obst.*, septembre 1946, 83, 355-363.)
- CADENAT, PARANT, MARC. — Métastase maxillaire d'un épithélioma du sein. (*Revue de Stomatol.*, 1950, 51, n° 8-9, 578.)
- CAMERON (J.R.), STETZER (J.J.). — Carcinome métastatique de la mâchoire inférieure. (*J. Oral Surg.*, juillet 1947, 5, n° 3, 227-229.)
- CARLIER (G.). — Étude anatomo-clinique et thérapeutique des épithéliomas des maxillaires. (*Thèse*, Lille, 1938.)
- Métastase maxillaire d'un cancer du sein. (*Revue de Stomatol.*, janvier 1948, 49, 43-46.)
- CASH (C.D.), QUENTIN (R.), DAHLIN (D.C.). — Metastatic tumors of the jaws. (*OS. OM. OP.*, août 1961, 14, n° 8, 897.)
- CASTIGLIANO (J.G.), ROMINGER (J.). — La tumeur métastatique des maxillaires. (*Am. J. Surg.*, avril 1954, 87, n° 4, 496-507.)
- CAWSON (R.A.). — Secondary carcinoma of the mandible. (*The Dental Practitioner and Dental Record*, juin 1959, n° 10, 240-246.)
- CAYLA (J.), ARTHAUD (M.), COSTE (F.). — Métastases osseuses du cancer du rein chez l'adulte. (*Sem. Hôp. Paris*, 14 octobre 1963, 2081-2098.)

- CERNÉA (P.). — Les épithéliomas des maxillaires. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Stomat., 22.063, A30, D10.)
- CERNÉA (P.) et DESCROZAILLES. — Contribution à l'étude de la pathologie du nerf dentaire inférieur. (*Revue de Stomatol.*, 1944, 45, 145.)
- CERNÉA (P.). — L'électrocoagulation en chirurgie maxillo-faciale. (*Rapport au XI^e Congrès de Stomatologie*, octobre 1948.)
- Formes cliniques des épithéliomas du plancher et du maxillaire inférieur. (*Actual. Odont. Stom.*, 1949, n° 7, 273-288.)
- CHEMIN (J.), DULAC (J.), LORCY (J.). — A propos du signe de la houppe du menton dans le cancer secondaire du maxillaire inférieur. (*Rev. Odont. Stom. et Max. Fac.*, septembre-octobre 1951, 7, n° 9-10, 263-265.)
- COOK (J.T.). — Adenocarcinoma with metastases to the mandible. (*OS. OM. OP.*, juin 1949, 2, n° 6, 780-781.)
- DÉBAILLEUL. — Cancer métastatique des maxillaires. (*Thèse*, Lille, 1948.)
- DECHAUME (M.). — Epithélioma métastatique du maxillaire inférieur d'origine rénale. (*Revue de Stomatol.*, octobre 1932, 34, n° 10, 582-584.)
- Précis de stomatologie. (Paris, Masson et Cie.)
- DELAIRE (J.), GAILLARD (A.), RENAUD (Y.), BILLET (J.). — Métastase au maxillaire supérieur d'un sympathome embryonnaire. (*Revue de Stomatol.*, janvier-février 1960, 61, n° 1-2, 32-37.)
- DICK (A.), MEAD (S.G.), MENSCH (M.), SCHATTEN (W.E.). — Tumeur primitive du foie avec métastases au maxillaire inférieur. (*Am. J. Surg.*, décembre 1957, 94, n° 6, 846-850.)
- DINGMAN (R.O.). — Diagnosis of oral tumors. (*J. Oral Surg.*, 1949, 7, 217-230.)
- DRIESSENS (J.), VERHAEGHE (M.). — Métastase maxillaire d'un épithélioma labial. (*Lille Chirurgical*, 1947, n° 7, 54-55.)
- GESCHICKTER (C.F.) et COPELAND (M.M.). — Tumors of bone, p. 472. (London, J.B. Lippincott Co, 1949, ed. 3.)
- GOTTLIEB. — Cancer métastatique du maxillaire supérieur d'un cancer primitif du poumon. (*J.A.D.A.*, juillet 1937, 24, 1075-1079.)
- GROSS (P.P.). — Métastases au niveau des maxillaires. (*Pennsylvania D.J.*, avril 1959, 26, n° 4, p. 3-5.)
- HAGGLUND (G.). — Adenocarcinoma of the mandible, a metastasis from a primary tumor in the sigmoid colon. (*OS. OM. OP.*, octobre 1959, 12, n° 10, 1228.)
- HERTZ (R.S.) and CESARIO (W.H.). — Cancer métastatique de la mandibule secondaire à un adénome du poumon. (*OS. OM. OP.*, juin 1962, 15, n° 6, 658-664.)

- HOLLAND (J.D.). — Metastatic carcinoma to the mandible. (OS. OM. OP., avril 1953, 6, n° 4, 567-571.)
- HORNOVA (J.), BERNA (B.). — Metastasis of a malignant hypernephroma into the lower jaw. (*Ceskoslovenska Stomatologie*, 1962, LXII, 3, 199.)
- HUMPHREY and AMOS. — Cancer du côlon avec métastases maxillaires. (*Am. J. Cancer*, septembre 1936, 28, 128.)
- IVY. — Thyroid tumor of the mandible. (*Ann. of Surg.*, 1931, 94, 437.)
- IVY and CURTISS. — Métastase maxillaire d'un cancer du rectum. (*Annals of Dentistry*, septembre 1936, 3, 133-137.)
- JALOTE. — Métastases osseuses diffuses dans le cancer du sein. Aperçus cliniques et thérapeutiques. (*Thèse*, Montpellier, 1940.)
- JURGENS (P.E.). — Metastatic carcinoma in the mandible. (OS. OM. OP., juin 1954, 7, n° 6, 587-593.)
- KWAPIS (B.W.) and KNEBEL (J.O.). — Bronchogenic carcinoma with probable metastasis to gingiva. (*J. Oral Surg.*, 1952, 10, 255.)
- MALLET (S.P.). — A renal-cell metastatic carcinoma involving the mandible and submaxillary gland. (OS. OM. OP., janvier 1961, 14, n° 1.)
- MANDEL (L.), BAURMASH (H.). — Anaplastic adenocarcinoma. (OS. OM. OP., avril 1957, 10, n° 4, 401.)
- MARTENSSON (G.). — Cysts and carcinomas of the jaws. (OS. OM. OP., juillet 1955, 8, n° 7, 673.)
- MEYER (I.), SHKLAR (G.). — Involvement of the mandible and oral mucosa in a case of rectal adenocarcinoma with generalized metastases. (OS. OM. OP., janvier 1958, 11, n° 1, 69.)
- MIGLANI (D.C.), MAC COMB (W.S.). — Cancer métastatique de la mandibule. (*J.A.D.A.*, octobre 1958, 57, n° 4, 578-580.)
- MOORMAN (W.C.) and SHATER (W.G.). — Cancer métastatique de la mandibule. (*J. Oral Surg.*, juillet 1954, 12, n° 3, 205-209.)
- MOSS (R.L.). — Metastasis of bronchogenic carcinoma to the mandible. (OS. OM. OP., décembre 1961, 14, n° 12, 1501.)
- POUYANNE, HONTON, LEROY. — Tumeur maligne bilatérale de l'ovaire avec métastase maxillaire. (*Bordeaux Chir.*, avril 1962, n° 2, 79-80.)
- REDON (H.). — Réflexions sur les tendances métastatiques des tumeurs malignes. (*La Vie Médicale*, juillet 1961, 42, 917-926.)
- RICHARD, CERNÉA, HENNION. — Les épithéliomas métastatiques de la mandibule. (*Revue de Stomatol.*, octobre-novembre 1956, 58, n° 10-11, 652.)
- RICHARD (A.), SALLET (J.), LAMBERT (A.). — Epithélioma (métast. crân. max.). (*Revue de Stomatol.*, avril-mai 1958, 59, n° 4-5, 269-279.)

- ROGER (H.). — Signe de l'anesthésie mentionnière et cancer métastatique. (*Presse Médicale*, 16 octobre 1943, n° 39, 580.)
- RUPPE ARDOIN. — Deux cas d'épithélioma glandulaire de la mandibule. (*Annales O.R.L.*, 1931, 839.)
- SAGE (R.H.), HOGGINS (G.S.). — Metastatic carcinoma of the mandible. (*OS. OM. OP.*, mai 1961, 14, n° 5, 589.)
- SALMAN (I.), DARLINGTON (C.G.). — Rare malignant tumors of the jaws. (*Am. J. Orthodontics and Oral Surg.* (Sect. Or. Surg.), décembre 1944, 30, 725.)
- SALMAN (I.), LANGE (I.). — Malignant tumors of the oral cavity. (*OS. OM. OP.*, 7, n° 10, 1031 ; n° 11, 1141.)
- SAUNION. — Sur un cas de tumeur métastatique du maxillaire d'origine surrénale. (*Thèse*, Lyon, 1939.)
- SCHLESINGER (H.). — Typische neuritis des N. alveolaris inferior infolge einer carcinommetastase im unterkiefer. (*Mitt. Ges. Inn. Med. Wien.*, 1909, 8, 101.)
- SELDIN (H.M.), SELDIN (S.D.), RAKOWER (W.). — Cancer métastatique de la mandibule. (*J. Oral Surg.*, octobre 1953, n° 4, 336-340.)
- SHERMAN (R.S.), PEARSON (T.A.). — The roentgenographic appearance of renal cancer metastases in bone. (*Cancer*, juillet 1948, 1, n° 2, 276.)
- SICARD (A.). — Le cancer secondaire des os. (*Semaine des Hôpitaux*, 18 septembre 1950.)
- SKILLEN (W.G.). — A case of metastatic carcinoma of the jaws. (*J.A.D.A.*, 1930, 17, 1678-1687.)
- * STERLING (J.A.), TASSMAN (G.C.). — Solitary metastatic lesion to the gingiva masquerading as inflammation. (*OS. OM. OP.*, avril 1954, 7, n° 4, 403.)
- STERN (L.), SHEPARD (A.). — Metastatic carcinoma of the mandible. (*J.A.D.A.*, 1941, 28, 707.)
- STEWART (E.E.), BRUCE (K.W.). — Tumeur de la mandibule, métastase d'un hypernéphrome. (*J. Oral Surg.*, juillet 1953, 11, n° 3, 252-255.)
- STOCKDALE (C.R.). — Metastatic carcinoma of the jaws secondary to primary carcinoma of the breast. (*OS. OM. OP.*, septembre 1959, 12, n° 9, 1095-1101.)
- THOMA (K.H.). — Oral pathology. Metastatic tumors. Chap. Tumors of the jaws, p. 1421. (Saint-Louis, The C.V. Mosby Cy, 1950, 3^e édit.)
- Oral surgery. Metastatic carcinoma of the jaws, p. 1406. (Saint-Louis, The C.V. Mosby Cy, 1948.)
- THOMA, HOLLAND, ROUNDS. — Tumors of the mandibular condyle. (*Am. J. of Orthodontics and Oral Surg.* (Sect. Or. Surg.), mai 1947, 33, 344.)

- TYLMANN (E.D.). — Metastatic malignancy of jaws. (*Yearbook of Dentistry*, Chicago, 1955, 293.)
- VAN BOGAERT, VAN CAUTEREN. — Forme ostéoplastique généralisée des métastases des cancers de la prostate. (*Presse Médicale*, 1936.)
- VAN HUYSEN et WALLACE. — Métastases maxillaires ayant pour origine l'ovaire. (*Dental Cosmos*, janvier 1932, 53 à 58.)
- VIGNEUL. — Epithélioma métastatique du maxillaire inférieur. (*Revue de Stomatol.*, septembre 1957, 58, n° 9, 557.)
- VREBOS (J.E.R.), MASSON (J.K.), HARRISON (E.G. Jr). — Cancer métastatique du maxillaire inférieur avec tumeur primitive au niveau du poumon. (*Am. J. Surg.*, juillet 1961, 102, n° 1, 52-57.)
- WALDRON (C.A.). — Metastatic carcinoma of the mandible. (*OS. OM. OP.*, février 1952, 5, 185.)
- WENNBERG. — A case of hypernephroma metastasis of the lower jaw. (*Odontologisk Revy*, 1962, 13, 3, 246.)
- ZIMMER. — A propos de la radio des maxillaires. (*Schweiz. Monatschr. f. Zahnh.*, 1941, 51, 949.)

